

ตั้ชครรภ มีโรคประจำตัว หรือแพ้ยา โปรดแจ้งเภสัชกร

Rx

# ประกาศเภสัช

420/191 หมู่บ้านทิพวัล ต.เทพารักษ์  
อ.เมือง จ.สมุทรปราการ ☎ 086-3226299

ชื่อคนไข้.....วันที่.....  
Patient's name Date

ชื่อยา.....  
Medicine's name

ข้อบ่งใช้.....  
Indication

ครั้งละ.....เม็ด วันละ.....ครั้ง ทุก.....ชั่วโมง  
Take Tablet Daily Times Every Hours

ก่อนอาหาร  
Before meals

หลังอาหาร  
After meals

☒ เข้า  
Breakfast

☒ กลางวัน  
Lunch

☐ เย็น  
Dinner

☐ ก่อนนอน  
At bedtime

☐ ก่อนอาหาร ครั้ง-1 ชั่วโมง  
Half-1 hr. before meals

☒ ทานติดต่อกันจนหมด  
Take until finish

☒ ทานยาหลังอาหารทันที  
Immediately after meals

☐ อื่นๆ.....  
Others

เภสัชกรผู้จ่ายยา.....  
Pharmacist